



**You have downloaded a document from**  
**RE-BUŚ**  
**repository of the University of Silesia in Katowice**

**Title:** Kręte ścieżki pomiaru zdrowia - prace nad konstrukcją kwestionariusza do oceny zdrowia

**Author:** Joanna Mateusiak, Ewa Gwozdecka-Woniaszek, Maciej Januszek

**Citation style:** Mateusiak Joanna, Gwozdecka-Woniaszek Ewa, Januszek Maciej. (2011). Kręte ścieżki pomiaru zdrowia - prace nad konstrukcją kwestionariusza do oceny zdrowia. W: M. Górnik-Durose, J. Mateusiak (red.), "Psychologia zdrowia : konteksty i pogranicza" (S. 125-147). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI  
W KATOWICACH



Biblioteka  
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

## Kręte ścieżki pomiaru zdrowia — prace nad konstrukcją kwestionariusza do oceny zdrowia

**Joanna Mateusiak, Ewa Gwozdecka-Wolniaszek,  
Maciej Januszek**

Uniwersytet Śląski  
Instytut Psychologii

**ABSTRACT:** The article centres around the problem of a subjective measurement of the sense of health. The authors present the stages of the construction of a self-descriptive health evaluation tool, taking into account its positive aspects. The work on the very tool was composed of three stages. Stage one, with the use of a questionnaire based on a socio-ecological health model collected the opinions of the subjects (166 in total), concerning the understanding of the notion of health and formed the categories people use when evaluating their own health. The study was qualitative in nature. The second stage constituted a construction of an initial version of the tool — a Health Perception Questionnaire (HPQ). Treating the categories of health gathered in the first stage as a starting point, test items were prepared and semantically analysed, and, subsequently, a factor analysis (499 in total) was conducted. As a result, 5 scales of the tool were created: optimism and energy, mental condition, vitality, sensitivity to others and daily duties. Stage three was devoted to the validation and reconstruction of the questionnaire scales. In the beginning, the factor analysis was remade on the basis of the results collected from different unrelated empirical studies with the use of HPQ (612 altogether). In consequence, a decrease of number of items, an increase of a percentage of explained variance (for each factor), lowering an inter-correlation between subscales and change of the scale name were introduced. The scale that was formed included positive thinking, mental discomfort, physical activity, sensitivity to others and efficiency of action. The last step was to analyse the relations described in questionnaire categories of health with other constructs from the field of the psychology of health (among others the sense of coherence, coping with stress). The correlations between the tool scales and selected variables that are often used in health context, seem to initially confirm the theoretical validity of HPQ, however, the work on the tool has not been finished yet.

**KEY WORDS:** questionnaire health assessment, reliability, convergent validity, factor validity

## Wprowadzenie

Psychologia zdrowia — jako dyscyplina wciąż rozwijająca się, ale o już ugruntowanych tradycjach — stara się odpowiedzieć na zapotrzebowania społeczne, prowadząc badania ukierunkowane na promowanie i ochronę zdrowia, zapobieganie chorobom i zmniejszenie przedwczesnej umieralności, wspomaganie procesu leczenia i podnoszenie jakości opieki zdrowotnej, a także odkrywanie uwarunkowań wysokiej jakości życia. Wielu autorów w tej dziedzinie podkreśla potrzebę rozwoju podłoża teoretycznego studiów nad zdrowiem i doskonalenia modeli opisujących zdrowie (HESZEN, SĘK, 2007). Równie ważne jest doskonalenie zaplecza badań poprzez ustalanie standardów metodologicznych oraz tworzenie i doskonalenie narzędzi do pomiaru zarówno samego zdrowia, jak i zmiennych niezbędnych do analizy jego uwarunkowań, korelatów i kontekstów.

Prezentowany artykuł ma na celu przedstawienie prac nad nowym kwestionariuszem do pomiaru subiektywnej oceny zdrowia.

Badanie zdrowia jako konstruktu psychologicznego nie jest zadaniem łatwym ze względu na jego:

- Wielowymiarowość — zdrowie analizować można na różnych wymiarach: fizycznym, psychicznym, społecznym czy duchowym (EVANS, KAZARIAN, 2001; HESZEN, 2005; HESZEN, SĘK, 2007), co już nasuwa pytanie, czy wskaźniki odnoszące się do tych wymiarów należy analizować oddzielnie, czy je sumować.
- Zmienność — zdrowie zmienia się, odzwierciedlając wysiłki adaptacyjne człowieka w radzeniu sobie z zadaniami i wymaganiami, pojawiającymi się w ciągu życia (HESZEN, 2005; HESZEN, SĘK, 2007).
- Wielokryterialność — zdrowie można opisywać według różnych kryteriów (PUCHALSKI, 1990, 1996), np. witalistycznego (zdrowie rozpatrywane jest w kategoriach siły i energii), funkcjonalistycznego (zdrowie potraktowane zostaje jako zasób umożliwiający osiągnięcie innych celów), kryterium dobrego samopoczucia (gdy za punkt wyjścia przyjmuje się brak dyskomfortu czy symptomów choroby), kryterium równowagi (w którym zawiera się opanowanie, zrównoważenie i umiejętność radzenia sobie z przeciwnościami) czy kryterium medycznego (kiedy funkcje organizmu nie wskazują odstępstw od normy). Kryterium medyczne stanowi często podstawę tzw. obiektywnej oceny zdrowia dokonywanej przez lekarza, który na podstawie dostępnych wskaźników określa, na ile stan organizmu pacjenta różni się od stanu prawidłowego. Pacjent natomiast, opierając się na własnych odczuciach, wiedzy i przeświadczeniach, dokonuje oceny subiektywnej własnego zdrowia (SOKOŁOWSKA, 1986). Oceny te nie zawsze się pokrywają (HESZEN, SĘK, 2007). Różnorodność kryteriów

zdrowia rodzi pytanie, które z nich należy uwzględnić w budowaniu narzędzi do jego pomiaru.

- Relatywizm — zdrowie nie powinno być rozpatrywane w oderwaniu od kontekstu historycznego, społeczno-kulturowego, ekonomicznego, a przede wszystkim jednostkowego: wieku, płci, poziomu wykształcenia, rodzaju aktywności zawodowej, wewnętrznych norm i wartości człowieka (BLAXTER, 1995; CURTIS, 1999; EVANS, KAZARIAN, 2001). Relatywizm zdrowia przejawia się również w odniesieniu do co najmniej dwóch równoprawnych perspektyw uwzględnianych w jego opisie: naukowej i nieprofesjonalnej „laickiej”, dominującej w myśleniu potocznym (HESZEN, SĘK, 2007; EVANS, KAZARIAN, 2001). Opis zdrowia dokonywany przez laików nie zawsze pokrywa się z opisem naukowym, chociaż — jak wykazują niektóre badania — często jest zgodny z naukowymi, pozytywnymi ujęciami zdrowia (PUCHALSKI, 1990; 1996; SĘK, 1997).

Wieloznaczność pojęcia zdrowie powoduje trudności z jego definiowaniem. Do historycznych zaliczana jest już definicja WHO, zgodnie z którą zdrowie to „pełen dobrostan biopsychospołeczny, a nie jedynie brak choroby lub kalectwa” (por. HESZEN-NIEJODEK, 1998). Współcześnie akcentuje się bowiem dynamiczny charakter zdrowia, definiując je najczęściej bądź jako dyspozycję umożliwiającą człowiekowi osiąganie pełni swoich biopsychospołecznych możliwości i adaptacyjne reagowanie na wyzwania środowiska, bądź jako proces poszukiwania i utrzymywania równowagi w obliczu obciążeń oraz wymagań, z którymi nieustannie zmierza się człowiek (ANTONOVSKY, 1995; HESZEN, SĘK, 2007; SŁOŃSKA, MISIUNA, 1993).

Innym problemem utrudniającym pomiar zdrowia jest nieostrość tego pojęcia w kontekście innych terminów o podobnym lub zachodzącym na siebie znaczeniu, takich jak „szczęście”, „dobrostan” i „jakość życia”. Współcześni badacze dobrostanu i szczęścia uważają, że są to pojęcia analogiczne, które można stosować w badaniach nad poziomem zdrowia społeczności (CZAPIŃSKI, 2004; PERSAUD, 1998, za: HESZEN, SĘK, 2007). Już samo odróżnienie subiektywnego i obiektywnego dobrostanu w praktyce nastrocza wiele problemów (AVERILL, MORE, 2005), a jeszcze dochodzą do tego złożone — czasem paradoksalne — relacje pomiędzy subiektywnym i obiektywnym jego ocenianiem. Otóż okazuje się, że obiektywnie dobre zdrowie bardzo słabo koreluje z poczuciem szczęścia, a osoby nawet ciężko chore tylko nieznacznie różnią się ogólnym zadowoleniem z życia od osób zdrowych, co oznacza, że w ocenie jakości życia liczy się bardziej subiektywne poczucie zdrowia niż jego obiektywne wskaźniki (SELIGMAN, 2005).

Powyższe rozważania nasuwają szereg pytań: Jak mierzyć zdrowie? Czy jest możliwe skonstruowanie prostego w zastosowaniu narzędzia samoopisowego, które pozwoliłby na jego ocenę? Co konkretnie miałby mierzyć taki kwestionariusz? Jak precyzyjnie zdefiniować konstrukt, który doczekał się co

najmniej kilku uzupełniających się definicji, który ujęty jest w ramy trudnych do zweryfikowania empirycznie, skomplikowanych modeli, a badania prowadzone w tym obszarze wskazują na jego relatywizm, wielokryterialność, wielowymiarowość i zmienność? To tylko niektóre pytania, które wyznaczyły kierunek poszukiwań i stały się inspiracją do prac nad Kwestionariuszem Percepcji Zdrowia (KPZ).

Za punkt wyjścia przyjęto założenia modelu socjoekologicznego (HESZEN, SĘK, 2007; SŁOŃSKA, 1994). Model ten, jakkolwiek nieweryfikowalny empirycznie z uwagi na swoją złożoność i dynamikę oraz wielość powiązań pomiędzy człowiekiem i otaczającymi go systemami, dostarcza istotnych wskazówek w próbach „empirycznego” uchwycenia zdrowia. Zgodnie z tym modelem zdrowie można badać, przyjmując perspektywę podmiotową. Człowiek posiada bowiem autonomię w tworzeniu własnego pojęcia zdrowia, w nadawaniu mu indywidualnego sensu i wartościowaniu go. Legitymizuje to uznanie subiektywnej oceny zdrowia dokonywanej na podstawie dostępnego człowiekowi układu odniesienia za równoprawną z oceną dokonywaną przez profesjonalistów. Przyjęcie perspektywy subiektywnej w ocenie zdrowia pozwala na badanie zdrowia w określonym momencie czasowym. Nie pozwala to uchwycić procesu zdrowia (o co współcześnie się postuluje), ale nie jest sprzeczne z paradygmatem socjoekologicznym, w myśl którego człowiek spostrzega w danym momencie określony stan równowagi pomiędzy wymaganiami otoczenia a swoimi potrzebami / możliwościami i ocenia go w kategorii dobrostanu biologicznego, psychicznego i społecznego (HESZEN, SĘK, 2007). Ujmowanie zdrowia w kategoriach dobrostanu poszerza zakres możliwych analiz zdrowia. Sprzyja koncentrowaniu się nie tylko na jego aspektach negatywnych (deficytach), ale również pozytywnych (potencjałach).

Założenia tego modelu oraz przedstawione wcześniej trudności z konceptualizacją zdrowia dostarczyły autorom podstaw do skoncentrowania się na pozytywnych aspektach zdrowia oraz ograniczenia pomiaru zdrowia do subiektywnej jego oceny. Subiektywna ocena zdrowia została zdefiniowana jako samoocena stanu zdrowia dokonywana przez człowieka w kontekście codziennego życia na podstawie posiadanej wiedzy, własnych odczuć i osobistych doświadczeń dotyczących dobrego zdrowia (por. SŁOŃSKA, MISIUNA, 1993; SOKOŁOWSKA, 1986).

## Cele badań

Celem prezentowanych badań było stworzenie kwestionariusza samoopisowego do pomiaru subiektywnej oceny zdrowia, uwzględniającego jego pozytywne aspekty i spełniającego kryteria psychometryczne.

Aby tego dokonać, badanie podzielono na trzy etapy. Celem 1. etapu było zgromadzenie informacji na temat tego, jak ludzie opisują zdrowie, i wyłonienie z tych opisów kategorii, które odnoszą się do pozytywnych aspektów zdrowia. Badanie to miało charakter jakościowy. Przebieg 2. etapu generalnie nie odbiegał od ogólnie przyjętej procedury tworzenia kwestionariusza, czyli obejmował generowanie pozycji testowych, ich selekcję, ustalanie skal odpowiedzi, badanie pilotażowe oraz analizę popilotażową. Ten etap był próbą odpowiedzi na pytanie, czy i do jakiego stopnia wyodrębnione wcześniej kategorie zdrowia są wykorzystywane przez ludzi w procesie oceny własnego zdrowia. Ponadto przygotowywał narzędzie do realizacji następnego etapu badania — walidacji. Warto podkreślić, że wersja narzędzia, którą uzyskano na podstawie analiz popilotażowych, nie była, jak to jest w większości tego typu prac, końcową, ostateczną wersją kwestionariusza, a jedynie „przedwalidacyjną”, wstępną wersją.

Dopiero w ostatnim, 3. etapie dokonano oceny trafności<sup>1</sup> (teoretycznej) metody i rekonstrukcji skal narzędzia, opierając się na materiałach zebranych w szeroko zakrojonych badaniach empirycznych.

## Opis badań

### Etap 1 — Badania jakościowe nad rozumieniem pojęcia zdrowia

Punktem wyjścia do prac nad stworzeniem Kwestionariusza Percepcji Zdrowia były badania jakościowe, w których zgromadzono dane za pomocą ankiety złożonej z pytań otwartych oraz zdań niedokończonych. Treściowo pozycje ankiety dotyczyły sposobów myślenia o zdrowiu oraz wewnętrznych i zewnętrznych cech człowieka wskazujących na dobre zdrowie. Ponadto odnosiły się do sposobów oceniania, nastawienia do życia i innych ludzi człowieka zdrowego, a także obejmowały przeżywane przez niego emocje, wykonywane działania oraz rodzaje aktywności, które mogą świadczyć o zdrowiu. Uwzględniono różne ujęcia zdrowia, pytając o zdrowie jako stan, zdolność czy jako narzędzie do osiągnięcia innych celów. Badani mieli możliwość przedstawienia własnych definicji zdrowia. Przy formułowaniu pytań uwzględniono przesłanki modelu społeczno-ekologicznego, a także ustalenia

---

<sup>1</sup> W ramach analizy popilotażowej przeprowadzono analizę czynnikową, którą można uznać za wstępną walidację narzędzia. Jednakże dopiero w 3. etapie, z uwagi na zróżnicowanie badanej grupy i rozszerzony zakres mierzonych zmiennych, przeprowadzono właściwe, naszym zdaniem, badania walidacyjne.



z dostępnych badań empirycznych, w których przedmiotem było potoczne rozumienie zdrowia (BLAXTER, 1995; BOWLING, 1997; HESZEN, SĘK, 2007; HERZLICH, 1973, za: PUCHALSKI, 1990; PUCHALSKI, 1990; 1996; SĘK, ŚCIGAŁA, PASIKOWSKI, BEISERT, BLEJA, 1992). Pytania odnosiły się zarówno do ogólnych poglądów na temat zdrowia, jak i doświadczeń związanych z własnym zdrowiem. Oto przykładowe pozycje Ankiety Percepcji Zdrowia, do których ustosunkowywali się badani:

- Dobre zdrowie to zdolność do...
- Dobre zdrowie to stan...
- Dobre zdrowie pomaga / ułatwia...
- Gdy robię / angażuję się / wykonuję... , to wiem, że zdrowie mi dopisuje.
- Gdy czuję (się)... , to wiem, że zdrowie mi dopisuje.
- Gdy myślę... , to wiem, że zdrowie mi dopisuje.
- Jakie zewnętrzne / fizyczne cechy człowieka świadczą o jego dobrym zdrowiu?
- Jakie wewnętrzne / psychiczne cechy człowieka świadczą o jego dobrym zdrowiu?

Ankieta tą przebadano 166 osób — 72,2% kobiet, 27,8% mężczyzn — w wieku od 18 do 73 lat, z wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym (10,4%), średnim (71,3%) oraz wyższym (18,3%). Osoby aktywne zawodowo stanowiły 42,5% badanych.

Ogółem uzyskano i sklasyfikowano ponad 5 tysięcy wypowiedzi, które pogrupowano w 21 kategorii. Wyniki wskazały na takie właściwości zdrowia, jak: optymizm, poczucie szczęścia, wrażliwość na innych, aktywność i energia, towarzyskość, wypełnianie obowiązków i równowaga psychiczna. Badani wymieniali również ogólnie dobre samopoczucie, własną skuteczność, sprawność fizyczną i odpowiedni wygląd jako charakterystyki dobrego zdrowia. W ich wypowiedziach pojawiły się ponadto takie kategorie, jak chęć życia, nastawienie na przyszłość i podejmowanie nowych wyzwań czy potrzeba samorealizacji. Jako atrybuty dobrego zdrowia uczestniczący w badaniach wymienili również działania dla przyjemności, odporność na choroby, realizowanie potrzeb poznawczych, czy przyjmowanie pomocy oraz sprawność intelektualną<sup>2</sup>.

## Etap 2 — Konstrukcja wstępnej wersji kwestionariusza i badania pilotażowe

Na podstawie wyodrębnionych kategorii oceny zdrowia oraz treści wypowiedzi zebranych w etapie 1. opracowano 252 pozycje testowe. Każda

---

<sup>2</sup> Badania realizowane w roku 2007 w ramach badań własnych Zakładu Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach.

pozycja poddana została wstępnej weryfikacji z zastosowaniem testu trudności percepcji semantycznej W.A. ROSTOCKIEGO (1992). Kryteriami oceny były m.in. zgodność treści danej pozycji z kategorią, do której została przypisana, poprawność logiczna oraz trudność. Sprawdzono, czy stwierdzenia wykorzystane w kwestionariuszu nie zawierały supozycji, podwójnego przeczenia, rzadko używanych, trudnych czy niejednoznacznych terminów, pojęć abstrakcyjnych, a także zbyt wielu słów, zdań czy alternatyw. Analizie poddano również opis sytuacji, do której odnosił się badany: czy nie dotyczył on zbyt odległych wydarzeń, sytuacji hipotetycznych, czy odpowiedź na pytanie nie wymagała obliczeń albo zbyt dużego uogólniania. Sprawdzono również, czy pozycje nie zawierały treści, do których badany nie jest w stanie się ustosunkować z braku odpowiednich doświadczeń. Do pilotażowej wersji narzędzia nazwanego Kwestionariuszem Percepcji Zdrowia zakwalifikowano 159 pozycji. Do każdej pozycji dołączona była 6-punktowa skala odpowiedzi, na której badany oceniał, na ile dane stwierdzenie odnosi się do jego osobistych doświadczeń.

Tę wersję narzędzia, na podstawie danych uzyskanych z przebadania 499-osobowej grupy (51% kobiet, 49% mężczyzn; rozpiętość wieku: 17—69 lat; wykształcenie: podstawowe lub zasadnicze zawodowe — 4,9%, średnie — 57,8%, wyższe — 37,3%; aktywność zawodowa: 68,4%), poddano eksploracyjnej analizie czynnikowej (metoda wyodrębniania czynnika alfa; rotacja varimax). Liczbę czynników (5) ustalono na podstawie porównań analizy z kryterium  $\lambda > 1$  z wykresem osypiska oraz procentami wyjaśnionej wariancji przy różnych wariantach liczby czynników (por. ZAKRZEWSKA, 1994). Z każdej podskali usunięto te pozycje, które miały niskie (poniżej 0,4) ładunki czynnikowe lub/i były silnie związane z innymi czynnikami. Po ustaleniu ostatecznego zbioru itemów przeprowadzono dla każdej podskali dodatkową analizę czynnikową w celu potwierdzenia jej jednowymiarowości. Dla każdej podskali uzyskano wynik minimum 40% wyjaśnionej wariancji. W ten sposób powstało 5 skal — kategorii subiektywnej oceny zdrowia. Były to:

- **Optymizm i energia** — skala, na którą złożyło się aż 16 itemów dotyczących poznawczych aspektów pozytywnej postawy wobec życia (optymizm, nastawienie na przyszłość), jej aspektów emocjonalnych (poczucie szczęścia, chęć życia) oraz tych związanych z oceną siebie i swojego życia (poczucie własnej skuteczności i samorealizacja). Takie połączenie dało kategorię o dobrych parametrach statystycznych, aczkolwiek bardzo rozbudowaną treściowo.
- **Kondycja psychiczna** — skala, która zawierała zarówno stwierdzenia pozytywne, dotyczące umiejętności wypoczynku, zachowania równowagi w obliczu obciążeń, jak i negatywne, świadczące o przeciążeniu, zmęczeniu i drażliwości.



- **Witalność** — skala, która objęła pozycje opisujące zarówno dużą dynamikę i różnorodność działań, jak i fizyczną stronę zdrowia — stan fizyczny sprawność fizyczną. Związek kondycji fizycznej i aktywności może być tłumaczony tym, że ta pierwsza cecha warunkuje dużą dynamikę życiową.
- **Wrażliwość na innych** — podskala, której pozycje odnosiły się do empatii, otwartości na innych i wrażliwości na ich potrzeby.
- **Codzienne obowiązki** — skala odnosząca się do codziennej aktywności, umiejętności radzenia sobie z wypełnianiem obowiązków domowych i zawodowych.

Wybrane parametry psychometryczne kwestionariusza zamieszczono w tabeli 1.

TABELA 1. Wybrane parametry psychometryczne Kwestionariusza Percepcji Zdrowia — badania pilotażowe

Numer skali	Nazwa skali	Liczba pozycji	Ładunki czynnikowe <sup>a)</sup>	Moc dyskryminacyjna <sup>b)</sup>	EV <sup>c)d)</sup>	$\alpha$ Cronbacha <sup>e)</sup>
1	Optymizm i energia	16	0,437—0,653	0,602—0,786	48,7	0,937
2	Kondycja psychiczna	12	0,470—0,657	0,533—0,734	46,6	0,912
3	Witalność	12	0,434—0,619	0,510—0,719	46,0	0,905
4	Wrażliwość na innych	7	0,495—0,693	0,492—0,669	44,3	0,839
5	Codzienne obowiązki	8	0,398—0,660	0,429—0,665	39,5	0,833

<sup>a)</sup> Ładunki czynnikowe uzyskano metodą osi głównych (z rotacją Varimax); KMO = 0,960; test sferyczności Bartlettta:  $\chi^2 = 23075,557$ ;  $df = 1485$ ;  $p < 0,001$ .

<sup>b)</sup> Moc dyskryminacyjna była obliczana dla wyniku w danej podskali (korelacja pozycji z wynikiem podskali).

<sup>c)</sup> Procent wyjaśnionej wariancji (obliczony przy jednoczynnikowej analizie czynnikowej dla pozycji należących do danej podskali).

<sup>d)</sup> Całkowity procent wyjaśnionej wariancji dla analizy pięcioczynnikowej wynosi 49,34%

<sup>e)</sup> W badaniach pilotażowych oprócz zgodności wewnętrznej uzyskano również współczynnik stabilności bezwzględnej. Stabilność bezwzględna (ustalona na podstawie badania 57-osobowej grupy; odstęp między pomiarami: 2 miesiące) wynosiła — dla poszczególnych podskal — odpowiednio: 0,605, 0,588, 0,729, 0,608, 0,442. Jednakże w przypadku opisywanego narzędzia może być traktowana bardziej jako metoda badania trafności niż rzetelności: wysokie wyniki świadczyłyby raczej o niskiej trafności niż wysokiej rzetelności. Dodatkowo podane wartości rzetelności należy traktować z dużą rezerwą: 57-osobową grupę stanowili maturzyści (niska rozpiętość wieku, małe zróżnicowanie w zakresie trybu życia itp.)

Badani oceniając własne zdrowie, koncentrowali się przede wszystkim na psychicznych i społecznych aspektach swojego funkcjonowania. Wydaje się, że słabiej reprezentowane było zdrowie fizyczne, chociaż również ono pośrednio uwidoczniło się jako składowa kategorii witalność.

Od strony psychometrycznej kwestionariusz spełniał podstawowe kryteria, takie jak: wysoka rzetelność (zgodność wewnętrzna; minimalna rzetelność wyniosła 0,833), zadowalająca trafność, która została ustalona na podstawie eksploracyjnej analizy czynnikowej (względnie wysokie ładunki, bliski 50% poziom wyjaśnionej wariancji dla każdego czynnika).

## Etap 3 — Walidacja i rekonstrukcja skal kwestionariusza

Walidacja została przeprowadzona na podstawie badań zrealizowanych w latach 2007—2008<sup>3</sup>. W badaniach tych wykorzystano Kwestionariusz Percepcji Zdrowia oraz inne narzędzia z obszaru psychologii zdrowia.

Badana grupa. Dalszych analiz statystycznych, a następnie porównań oceny zdrowia z innymi zmiennymi dokonano, zestawiając wyniki z badań na różnych próbach. Tabela 2. zawiera podstawowe informacje na temat badanych grup.

TABELA 2. Opis badanej grupy — badania walidacyjne

Krótki opis grupy	Liczebność <i>N</i>	Wiek (rozpiętość)	Płeć	
			K	M
Pielęgniarki psychiatryczne	103	23—58	103	0
Osoby amatorsko uprawiające bieganie	132	13—53	27	105
Kobiety bezskutecznie starające się o zajście w ciążę	63	20—41	63	0
Kobiety po mastektomii	60	30—80	60	0
Chorzy na nowotwory narządów płciowych	98	25—80	50	48
Osoby współuzależnione	78	24—63	78	0
Osoby uzależnione od alkoholu	78	29—64	28	50

Badani byli zróżnicowani pod względem wieku i płci. Różnili się sytuacją czy problemem życiowym, w którego aspekcie analizowano zmienne psychologiczne. W badaniach uczestniczyły zatem osoby chore somatycznie (nowotwory, bezpłodność), osoby z problemami psychicznymi (współuza-

<sup>3</sup> Wykorzystano część danych zebranych w ramach seminariów magisterskich (prowadzonych przez Ewę Gwozdecką-Wolniaszek i Joannę Mateusiak) pochodzących z następujących prac: *Optymizm i strategie radzenia sobie ze stresem a subiektywna ocena zdrowia pielęgniarek psychiatrycznych* (Beata Szałas); *Poczucie własnej skuteczności i zachowania zdrowotne a subiektywne poczucie zdrowia biegaczy* (Elżbieta Jacimirska); *Wybrane zasoby osobowe a ocena stresu i percepcja zdrowia w sytuacji kobiet bezskutecznie starających się o zajście w ciążę* (Maja Jeżewska); *Umiejscowienie kontroli zdrowia a strategie radzenia sobie z chorobą i subiektywna percepcja zdrowia u kobiet po zabiegu mastektomii* (Anna Pawłowska); *Akceptacja choroby a subiektywne poczucie zdrowia u kobiet i mężczyzn z nowotworem narządów płciowych* (Agnieszka Jakubiec); *Problem alkoholowy w rodzinie generacyjnej a subiektywna percepcja zdrowia i poczucie koherencji współuzależnionych kobiet* (Małgorzata Binias); *Wpływ terapii strategiczno-strukturalnej na subiektywne poczucie zdrowia i style radzenia sobie ze stresem u osób uzależnionych od alkoholu* (Joanna Kluczevska).

leżnienie i uzależnienie), przedstawiciele określonych grup zawodowych (pielęgniarki) czy też zdrowe osoby intensywnie uprawiające sport. Ostatecznie więc badana grupa składała się z 612 osób (2/3 stanowiły kobiety) o bardzo zróżnicowanej sytuacji życiowej i szerokim przekroju wiekowym.

Trzeba podkreślić, że nie tak często trafia się okazja zweryfikowania trafności i rzetelności narzędzia na tak dobranej grupie: uzyskanie potwierdzenia wyników wcześniejszych analiz jest w tej sytuacji niezwykle cennym osiągnięciem.

Trafność czynnikowa: eksploracyjna analiza czynnikowa oraz analiza struktury wewnętrznej testu. W tym miejscu zamieszczone zostaną informacje zarówno o wynikach trafności czynnikowej, jak i wartościach współczynnika zgodności wewnętrznej, który uznawany jest najczęściej za miarę rzetelności, a nie trafności. Opierając się zarówno na przesłankach teoretycznych (por. HORNOWSKA, 2003: 98), jak i na praktyce stosowania analizy czynnikowej, w której zgodność wewnętrzna i struktura czynników wydają się dwiema stronami tego samego medalu (KRÓL, WIECZORKOWSKA, 2004), zdecydowaliśmy się jednak potraktować zgodność wewnętrzną jako miarę trafności.

Analiza trafności za pomocą eksploracyjnej analizy czynnikowej (metoda wyodrębniania osi głównych; rotacja varimax) została przeprowadzona według tych samych kryteriów, które obowiązywały w poprzednim badaniu, bez zakładania 5-czynnikowej struktury narzędzia. Na podstawie wykresu osypiska oraz procentu wyjaśnionej wariancji przez każdy z czynników otrzymano ponownie 5-czynnikową strukturę, która wykazywała dużą zbieżność z poprzednią analizą.

Z uwagi na dość duże skorelowanie podskal w poprzedniej wersji klucza zastosowano bardziej rygorystyczną selekcję pozycji: z nielicznymi wyjątkami wybierano pozycje o ładunku  $\geq 0,49$  oraz posiadające niskie ładunki na pozostałych czynnikach. W efekcie uzyskano 5-pozycyjne podskale, takie jak:

- **Pozytywne nastawienie** — optymizm, poczucie energii i siły, chęć do działania, przekonanie o powodzeniu własnych działań, ukierunkowanie na przyszłość (np. *Mam wiele pomysłów na dalsze życie*).
- **Dyskomfort psychiczny** — odczuwanie przejawów stresu / napięcia, wrogości wobec innych, zmęczenie i drażliwość (np. *Ostatnio jestem drażliwy*).
- **Aktywność fizyczna** — ćwiczenia fizyczne, odczuwanie przyjemności z wysiłku fizycznego, aktywne formy spędzania wolnego czasu / aktywny wypoczynek (np. *Wysiłek fizyczny sprawia mi przyjemność*).
- **Wrażliwość na innych** — otwartość na ludzi, gotowość do pomocy, wspieranie innych, czerpanie przyjemności z poświęcania czasu innym / z działań na rzecz innych (np. *Jestem otwarty na problemy innych ludzi*).

■ **Sprawność działania** — sprawne wykonywanie codziennych zadań i obowiązków, przekonanie o skuteczności własnego działania / skuteczna realizacja planów, osiągnięcie celów (np. *Wprowadzam w życie swoje plany*).

Redukcja pozycji doprowadziła do zmiany w „etykietowaniu” skal: ich charakter uległ zmianie po „wycofaniu” części pozycji reprezentujących określone kategorie subiektywnej oceny zdrowia. I tak: „Optymizm i zadowolenie” zostały zmienione na „Pozytywne nastawienie”; skala „Kondycja psychiczna” została zredukowana do „Dyskomfortu psychicznego” (trzeba w tym miejscu zaznaczyć, że znalazły się w niej tylko pozycje odnoszące się do zdrowia negatywnego); „Witalność” ostatecznie sprowadzona została do „Aktywności fizycznej”; „Codzienne obowiązki” zmienione na „Sprawność działania”. Bez zmian pozostała jedynie skala „Wrażliwość na innych”.

Zakres ładunków czynnikowych oraz moc dyskryminacyjna pozycji składających się na tę wersję kwestionariusza są zbliżone do wartości wcześniej uzyskanych. Wybrane parametry psychometryczne narzędzia zamieszczono w tabeli 3.

TABELA 3. Wybrane parametry psychometryczne Kwestionariusza Percepcji Zdrowia — aktualne badania

Numer skali	Nazwa skali	Liczba pozycji	Ładunki czynnikowe <sup>a)</sup>	Moc dyskryminacyjna <sup>b)</sup>	EV <sup>c)</sup>	$\alpha$ Cronbacha
1	Pozytywne nastawienie	5	0,534—0,765	0,617—0,724	55,6	0,860
2	Dyskomfort psychiczny	5	0,491—0,720	0,423—0,704	47,2	0,808
3	Aktywność fizyczna	5	0,321—0,765	0,372—0,703	44,6	0,786
4	Wrażliwość na innych	5	0,621—0,823	0,613—0,772	57,8	0,870
5	Sprawność działania	5	0,498—0,704	0,559—0,669	49,3	0,821

<sup>a)</sup> Ładunki czynnikowe uzyskano metodą osi głównych (z rotacją Varimax); KMO = 0,917; test sferyczności Bartletta:  $\chi^2 = 8695,439$ ;  $df = 300$ ;  $p < 0,001$ .

<sup>b)</sup> Moc dyskryminacyjna była obliczana dla wyniku w danej podskali (korelacja pozycji z wynikiem podskali).

<sup>c)</sup> Procent wyjaśnionej wariancji (obliczony przy jednoczynnikowej analizie czynnikowej dla pozycji należących do danej podskali).

<sup>d)</sup> Całkowity procent wyjaśnionej wariancji dla analizy pięcioczynnikowej wynosi 54,45%.

Mniejsza liczba pozycji testowych przypadających na skalę nie przeszkodziła uzyskać wzrostu procentu wyjaśnionej wariancji (liczonego dla każdego czynnika z osobna) w stosunku do wcześniejszej wersji. Rzetelność skal generalnie spadła, choć nadal jest to w pełni akceptowalny poziom.

Sprawdzono również interkorelacje między podskalami kwestionariusza i porównywano je z interkorelacjami między czynnikami poprzedniej wersji narzędzia. Zestawienie zamieszczono w tabeli 4.

TABELA 4. Interkorelacje pomiędzy podskalami Kwestionariusza Percepcji Zdrowia

Nazwa skali	Numer skali				
	1	2	3	4	5
Badania pilotażowe*					
1. Optymizm i energia	—				
2. Kondycja psychiczna	0,689	—			
3. Witalność	0,791	0,567	—		
4. Wrażliwość na innych	0,470	0,302	0,485	—	
5. Codzienne obowiązki	0,703	0,501	0,669	0,534	—
Badania aktualne**					
1. Pozytywne nastawienie	—				
2. Dyskomfort psychiczny	0,505	—			
3. Aktywność fizyczna	0,520	0,291	—		
4. Wrażliwość na innych	0,366	0,255	0,327	—	
5. Sprawność działania	0,566	0,440	0,442	0,434	—

\* Średnia interkorelacja 0,571.

\*\* Średnia interkorelacja 0,415.

Z porównania prezentowanego w tabeli 5. wynika, że udało się obniżyć interkorelacje między podskalami ze średniego poziomu 0,571 do poziomu 0,415.

Trafność konwergencyjna i różnicowa: analiza macierzy korelacji. Trafność konwergencyjną i różnicową oceniono na podstawie macierzy korelacji wybranych konstruktów z obszaru psychologii zdrowia z podskalami nowej wersji KPZ.

Oczekiwano — zgodnie z koncepcją salutogenezy oraz wynikami dostępnych badań empirycznych — że wyodrębnione kategorie subiektywnej oceny zdrowia będą korelowały z takimi zasobami, jak poczucie koherencji i optymizm. Zasoby te, pozwalając na łatwiejsze przezwyciężanie stojących przed człowiekiem wymagań, motywując do działań i powodując wzrost zaangażowania w te działania traktowane są w literaturze przedmiotu jako istotne predyktory zdrowia fizycznego i psychicznego (ANTONOVSKY, 1995; KOSIŃSKA-DEC, JEŁONKIEWICZ, 2003; OGIŃSKA-BULIK, 2003; SĘK, PASIKOWSKI, 2001, WRZEŚNIEWSKI, ŁUSZCZYŃSKA-CIEŚLAK, WŁODARCZYK, 2001).

Zbadano ponadto zależności pomiędzy akceptacją choroby a poczuciem zdrowia w grupie pacjentów nowotworowych, przewidując, że im lepiej pacjenci będą oceniali swoje zdrowie w różnych kategoriach, tym wyższy osiągną poziom akceptacji choroby, co wydaje się o tyle uzasadnione, że wyniki

uzyskane za pomocą kwestionariusza odnoszą się do pozytywnych aspektów zdrowia (wyjątek stanowi tylko podskala dyskomfortu psychicznego), a jego ocena ma charakter subiektywny.

W grupie osób regularnie uprawiających sport sprawdzano, czy istnieje, jak pokazują niektóre dane z badań (OSTROWSKA, 1999), współzależność pomiędzy dobrą percepcją zdrowia i podejmowanymi działaniami prozdrowotnymi.

Analizowano również — przy uwzględnieniu specyfiki różnych grup badawczych — zależności pomiędzy stylami i strategiami zaradczymi a subiektywną oceną zdrowia. Generalnie, oczekiwano, że efektywne radzenie sobie ze stresem będzie wiązało się ze wzrostem oceny własnego zdrowia. Jednakże z uwagi na to, iż nie ma jednego uniwersalnego, zawsze skutecznego sposobu radzenia sobie, a ocena jego efektywności zależy od rodzaju sytuacji, toteż zależności te mogą różnie układać się ze względu na specyfikę poszczególnych grup badawczych. Spodziewano się zatem, że wśród osób uczestniczących w terapii uzależnienia od alkoholu styl skoncentrowany na zadaniu będzie wiązał się z wyższą oceną zdrowia (będącą tu miarą efektywności leczenia), podczas gdy styl skoncentrowany na emocjach i unikaniu przez dystrakcję — nie. Związane jest to z celem terapii, która skupia się na uczeniu konkretnego, efektywnego radzenia sobie z problemami życiowymi zamiast stosowania strategii picia w celu obniżenia negatywnych emocji (MELLIBRUDA, 2002; 2006). W odniesieniu do poszukiwania kontaktów towarzyskich pacjenci, którzy używają tego stylu zaradczego, będą, prawdopodobnie, lepiej oceniali swoje zdrowie, gdyż terapia pozwala im odbudować swoje życie społeczne. Dodatkowo, zwraca uwagę wyraźne podobieństwo treściowe wrażliwości na innych i poszukiwania kontaktów towarzyskich, gdyż ta pierwsza zmienna warunkuje skuteczność w podejmowaniu tego typu strategii zaradczych.

Planując badania osób zdrowych, pracujących zawodowo (pielęgniarki psychiatryczne), oczekiwano, że wykorzystywanie aktywnych strategii zaradczych będzie zapobiegać negatywnym konsekwencjom stresu, natomiast stosowanie strategii ucieczkowych — nasilać je (por. SĘK, PASIKOWSKI, 2003), co znajdzie odzwierciedlenie w subiektywnej ocenie zdrowia badanych. Tym samym przewidywano, że strategie aktywne będą się wiązać z lepszymi wskaźnikami zdrowia. Podobne założenie przyjęto w odniesieniu do radzenia sobie z ciężką chorobą somatyczną. Najbardziej niekorzystne — z punktu widzenia subiektywnej oceny jakości życia i procesu zdrowienia — są strategie, którym towarzyszy lęk, bezradność i poddanie się (JUCZYŃSKI, 1997; 2000; SCHNOLL, HARLOW, STOLBACH, BRANDT, 1998), natomiast aktywna postawa w obliczu choroby i podejmowanie wysiłków ukierunkowanych na jej przezwyciężenie wspierają proces odbudowywania zdrowia. Z tymi ustaleniami koresponduje również oczekiwanie zależności pomiędzy umiejscowie-



TABELA 5. Macierz korelacji podskal KPZ (nowa wersja) z wybranymi zmiennymi z obszaru psychologii zdrowia z uwzględnieniem różnych grup badawczych

Zmienne	Podskale KPZ				
	1	2	3	4	5
Badana grupa: pielęgniarki psychiatryczne ( $N = 103$ )					
Test Orientacji Życiowej (LOT-R) — optymizm	<b>0,513</b>	-0,451	0,259	0,227	0,345
Brief Cope — aktywne radzenie sobie	0,310	-0,229	0,131	0,175	0,370
Brief Cope — planowanie	0,153	-0,080	0,009	0,187	0,317
Brief Cope — szukanie emocjonalnego wsparcia	-0,054	0,176	0,007	0,051	0,027
Brief Cope — szukanie wsparcia społecznego	0,007	0,158	-0,030	0,165	-0,032
Brief Cope — wyrażanie uczuć i emocji	-0,196	0,077	-0,137	0,186	-0,024
Brief Cope — dezorganizacja zachowania	-0,490	0,292	-0,252	-0,187	<b>-0,501</b>
Brief Cope — wycofanie	-0,001	-0,088	-0,148	0,064	0,211
Brief Cope — pozytywna reinterpretacja	0,441	-0,294	0,135	0,287	0,435
Brief Cope — poczucie humoru	0,396	-0,359	0,303	0,035	0,233
Brief Cope — zaprzeczanie	-0,141	0,191	0,019	0,022	-0,066
Brief Cope — akceptacja	0,137	-0,052	0,001	0,117	0,254
Brief Cope — religia	-0,037	-0,114	-0,003	0,329	0,023
Brief Cope — używanie substancji psychoaktywnych	-0,155	0,199	-0,247	-0,103	-0,074
Badana grupa: osoby amatorsko uprawiające bieganie ( $N = 132$ )					
Zachowania Zdrowotne — Skala WYPOCZYNEK	0,446	-0,400	0,491	0,342	0,456
Zachowania Zdrowotne — Skala ODŻYWIENIE	0,015	-0,143	0,230	-0,012	0,257
Zachowania Zdrowotne — Skala ZALECENIA LEKARSKIE	0,257	-0,231	0,318	0,150	0,362
Zachowania Zdrowotne — Skala PROFILAKTYKA	0,180	-0,197	0,224	0,079	0,157
Badana grupa: kobiety bezskutecznie starające się o zajście w ciążę ( $N = 63$ )					
KOS — Zagrożenie	<b>-0,550</b>	<b>0,560</b>	-0,190	-0,138	-0,290
KOS — Krzywda/strata	-0,365	<b>0,540</b>	-0,184	-0,051	-0,089
KOS — Wyzwanie	0,496	-0,134	0,262	0,049	0,186
Badana grupa: kobiety po mastektomii ( $N = 60$ )					
Umiejscowienie kontroli zdrowia (MHLC) — kontrola wewnętrzna	0,398	-0,362	0,251	0,300	0,255
Umiejscowienie kontroli zdrowia (MHLC) — kontrola zewnętrzna — inni mocni	0,118	-0,076	-0,039	-0,029	-0,001

cd. tab.5

Umieszczenie kontroli zdrowia (MHLC) — kontrola zewnętrzna — przypadek	−0,061	0,188	0,068	−0,053	0,081
Radzenie sobie z chorobą nowotworową (Mini-MAC) — zaabsorbowanie lękowe	−0,422	<b>0,570</b>	−0,190	−0,138	−0,290
Radzenie sobie z chorobą nowotworową (Mini-MAC) — duch walki	<b>0,554</b>	−0,413	0,437	<b>0,532</b>	0,474
Radzenie sobie z chorobą nowotworową (Mini-MAC) — bezradność, beznadziejność	−0,296	0,384	−0,255	−0,369	−0,429
Radzenie sobie z chorobą nowotworową (Mini-MAC) — pozytywne przewartościowanie	0,420	−0,418	0,046	0,474	0,274
Badana grupa: chorzy na nowotwory narządów płciowych ( $N = 98$ )					
Skala Akceptacji Choroby — stopień akceptacji choroby	0,260	−0,364	0,281	0,370	0,222
Badana grupa: osoby współzależnione ( $N = 78$ )					
SOC — poczucie zrozumiałości	0,494	<b>−0,617</b>	0,213	0,314	0,283
SOC — poczucie zaradności	<b>0,534</b>	<b>−0,718</b>	0,074	0,205	0,283
SOC — poczucie sensowności	<b>0,720</b>	<b>−0,610</b>	0,266	0,303	0,372
SOC — poczucie koherencji wynik ogólny	<b>0,663</b>	<b>−0,748</b>	0,206	0,312	0,356
Badana grupa: osoby uzależnione od alkoholu ( $N = 78$ )					
CISS — ssz styl skoncentrowany na zadaniu	<b>0,686</b>	<b>−0,531</b>	0,327	0,323	<b>0,574</b>
CISS — sse styl skoncentrowany na emocjach	−0,419	<b>0,580</b>	−0,264	−0,192	−0,382
CISS — ssu styl skoncentrowany na unikaniu	0,222	0,084	0,171	0,216	0,319
CISS — ssu_acz angażowanie się w czynności zastępcze	−0,013	0,325	−0,015	−0,056	0,089
CISS — ssu_pkt poszukiwanie kontaktów towarzyskich	0,433	−0,355	0,455	<b>0,536</b>	<b>0,552</b>

Objaśnienia: **1** — Pozytywne nastawienie; **2** — Dyskomfort psychiczny; **3** — Aktywność fizyczna; **4** — Wrażliwość na innych; **5** — Sprawność działania

niem kontroli w sprawach zdrowotnych a zdrowiem. Przyjęto, że przekonanie o własnym wpływie na zdrowie sprzyjać będzie lepszej jego ocenie, podczas gdy przypisywanie wpływu za zdrowie czynnikom zewnętrznym skutkować może niższymi miarami zdrowia subiektywnego.

Analizie poddano również związki pomiędzy oceną stresu a kategoriami zdrowia, oczekując, że ocena sytuacji stresowej w kategoriach krzywdy—straty lub zagrożenia będzie obniżać subiektywną ocenę zdrowia, podczas gdy ocena sytuacji w kategorii wyzwania — podwyższać. Przewidywania te sformułowano, opierając się na badaniach D. WŁODARCZYK (2004), która badając chorych po zawale serca, dowiodła, że ocena sytuacji stresowej

jako zagrożenia oraz krzywdy—straty wiąże się z wyższymi wskaźnikami negatywnego funkcjonowania, w tym subiektywnego poczucia choroby, podczas gdy ocena w kategorii wyzwania — z wysokim poziomem wskaźników pozytywnych, takich jak adaptacja do sytuacji choroby i leczenia.

Wyniki korelacji subiektywnej oceny zdrowia z wybranymi zmiennymi w dziedzinie psychologii zdrowia zamieszczono w tabeli 5.

Trzeba podkreślić, że użyta metoda jest daleka od precyzji analizy trafności techniką „wiele cech — wiele metod” Campbela i Fiskego (BRZEZIŃSKI, 1996: 525), niemniej, wydaje się, że uzyskany materiał daje możliwość określenia podstawowego schematu współzależności.

W tym miejscu zasygnalizowane zostaną tylko te zależności, które cechuje wysoka lub umiarkowana siła związku ( $r > 0,5$ ). Przyjęto taki próg, gdyż głównym celem analiz miało być badanie trafności oraz sprawdzenie, czy (re)konstrukcja kwestionariusza zmierza we właściwym kierunku.

Biorąc pod uwagę strategie zaradcze, ujawniono, że kobiety po mastektomii stosujące aktywną strategię radzenia sobie z chorobą (duch walki) deklarowały pozytywne nastawienie wobec przyszłości, ciekawość życia, a także były, pomimo swojej choroby, bardziej uwrażliwione na innych i empatyczne. Z kolei zaabsorbowanie lękowe tych kobiet (strategia unikowa, wyrażająca lęk spowodowany chorobą, zdominowanie bezradnością i poczuciem bezsilności) wiązało się z ich gorszym samopoczuciem psychicznym, doświadczaniem symptomów stresu i zmęczenia. Wśród pacjentów z nowotworem narządów płciowych korelacja między akceptacją choroby a poczuciem zdrowia była niska, chociaż jej kierunek okazał się zgodny z oczekiwaniami.

Natomiast w grupie pielęgniarek psychiatrycznych odnotowano zależność wskazującą na to, że dezorganizacja zachowania pojawiająca się w odpowiedzi na stres wiąże się silnie z obniżeniem sprawności działania w życiu codziennym.

W większości obserwowane zależności zgodne są z badaniami, z których wynika, że lepsze rezultaty funkcjonowania psychospołeczno-zdrowotnego uzyskują osoby aktywnie radzące sobie z rozwiązywaniem problemów, doświadczające mniej symptomów depresyjnych i łatwiej adaptujące się do stresu (MAKOWSKA, POPRAWA, 2001; JUCZYŃSKI, 1999; 2001; SCHNOLL, HARLOW, STOLBACH, BRANDT, 1998; RODRIGUE, BEHEN, TUMLIN, 1994).

Sytuacja bezskutecznych starań o zajście w ciążę ma znamiona sytuacji słabo kontrolowalnej, wieloznacznej i chronicznej — co może powodować postrzeganie jej jako zagrożenia. Poczucie jej nieodwracalności natomiast może przybliżać kobietę do nadania tej sytuacji atrybutów krzywdy—straty. Te dwa rodzaje ocen sytuacji stresu krzywdą—strata i zagrożenie okazały się najsilniej wiązać z percepcją zdrowia. Im bardziej zagrażająca była dla kobiet sytuacja niepowodzenia w staraniach o potomstwo, tym większa stawała się ich drażliwość, zmęczenie i odczuwana wrogość w stosunku do innych oraz

tym słabiej oceniały one własne siły i w tym mniejszym stopniu były przekonane o powodzeniu własnych działań. Nasuwa się tu analogia do zjawiska wyuczonej bezradności — wyuczenia się bezradności w sytuacji obiektywnie niekontrolowanej, której zdrowotne efekty widoczne są w postaci gorszych wskaźników funkcjonowania, negatywnych emocji, negatywnego widzenia przyszłości czy niewiary w możliwość sprostania nowym sytuacjom (KOFTA, DOLIŃSKI, 2000; 1992; HELGESON, 2003).

Poczucie zdrowia również w sposób istotny łączyło się z poszczególnymi wymiarami stylu radzenia sobie z sytuacją stresową w badaniach osób w trakcie terapii uzależnienia od alkoholu. Styl skoncentrowany na zadaniu najsilniej wiązał się z pozytywnym nastawieniem oraz — nieco słabiej — z subiektywną oceną sprawności działania. Podejmowanie wysiłków mających na celu rozwiązanie problemu i próby zmiany sytuacji zmniejszały dyskomfort psychiczny w tej grupie pacjentów. Przeciwne zależności ujawniły się w odniesieniu do stylu skoncentrowanego na emocjach. Okazało się, że koncentracja na emocjach, głównie negatywnych, czyli stosowanie m.in. takich strategii, jak fantazjowanie czy myślenie życzeniowe, dodatnio korelowało z dyskomfortem psychicznym. To zaś sugeruje, że ów styl jest odpowiedzią na wzbudzone emocje negatywne (im gorsze samopoczucie, tym większa potrzeba stosowania strategii skoncentrowanych na emocjach, ale niejasne pozostaje, dlaczego styl ten jest nieskuteczny w niwelowaniu emocji). Mogłoby to świadczyć o obronnym charakterze stylów zaradczych (por. KROHNE, 1993; 1996).

Innym wytłumaczeniem może być fakt, że badanie dotyczyło pacjentów uzależnionych od alkoholu, poddawanych terapii, której istotą jest pozbywanie się mechanizmów obronnych o charakterze zaprzeczania czy myślenia życzeniowego, gdyż biorą one udział w utrzymywaniu się picia. Stąd też w tej grupie nie powinna dziwić odwrotnie proporcjonalna zależność pomiędzy tym stylem zaradczym a poczuciem zdrowia, gdyż postęp w terapii powoduje zmniejszenie się stosowania tego typu strategii, co wiąże się ze wzrostem satysfakcji z leczenia (MELLIBRUDA, 2002; MELLIBRUDA, SOBOLEWSKA-MELLIBRUDA, 2006).

Jedynie jedna z podskal stylu skoncentrowanego na unikaniu — poszukiwanie kontaktów towarzyskich — w miarę silnie wiązała się z subiektywną oceną zdrowia, korelując dodatnio z wrażliwością na innych i ze sprawnością działania. Te zależności również można tłumaczyć specyficzną sytuacją osób pijących, które wskutek uzależnienia utraciły dawne źródła wsparcia społecznego, a w miarę leczenia i zdrowienia uczą się na nowo odbudowywać więzi społeczne i korzystać z pomocy innych w utrzymywaniu abstynencji.

Ogółem, prezentowane korelacje między stylem radzenia sobie i wybranymi komponentami zdrowia implikują wnioski w większości zbieżne z ustaleniami innych autorów badań osób uzależnionych, uczestniczących w terapii

(MROZIAK, WORONOWICZ, WÓJTOWICZ, 1999; CHODKIEWICZ, 2001; MELLIBRUDA, SOBOLEWSKA-MELLIBRUDA, 2006). Mogą być również tłumaczone specyfiką grupy badawczej.

Znaczące zależności ujawniły się pomiędzy poczuciem koherencji, zarówno gdy weźmiemy pod uwagę wynik ogólny, jak i wybrane jego komponenty — poczucie zaradności i sensowności, a pozytywnym nastawieniem i dyskomfortem psychicznym, przy czym ta ostatnia zależność była odwrotnie proporcjonalna. Z jednej strony, jest to zgodne z koncepcją salutogenezy, jednak z drugiej — bardzo wysokie i konsekwentne korelacje pomiędzy skalą dyskomfortu psychicznego a poczuciem koherencji i jego komponentami wydają się wpisywać w dyskusję nad związkami poczucia koherencji z negatywną afektywnością, w których uzyskiwano systematycznie wysokie (ujemne) korelacje pomiędzy tymi zmiennymi (HARBAT, 1997; MROZIAK, CZABAŁA, WÓJTOWICZ, 1997; SĘK, PASIKOWSKI, 2001; WRZEŚNIEWSKI, ŁUSZCZYŃSKA-CIEŚLAK, WŁODARCZYK, 2001, KROEMEKE, MATEUSIAK, 2006). Doprowadziło to niektórych autorów do postawienia tezy, że poczucie koherencji i negatywna afektywność to dwie strony tego samego zjawiska, i do podania w wątpliwość trafności narzędzia do mierzenia poczucia koherencji (STRUMPFER, GOUWS, VIVIERS, 1998; GEYER, 1997, ŁUSZCZYŃSKA-CIEŚLAK, 2001; por. również artykuł Ewy Gruszczyńskiej w niniejszym tomie).

Rezultaty wskazują, że wyniki uzyskane za pomocą KPZ wchodzą w najsilniejsze zależności ze zmiennymi opisującymi funkcjonowanie człowieka w stresie — stylami i strategiami radzenia sobie ze stresem i oceną sytuacji stresowej, a także poczuciem koherencji.

Stwierdzone istotne zależności pomiędzy składowymi percepcji zdrowia a wybranymi zmiennymi z obszaru psychologii zdrowia wydają się wstępnie potwierdzać trafność teoretyczną krótszej wersji kwestionariusza, dając podstawy do planowania dalszych badań nad trafnością tej metody.

## Podsumowanie

Opracowane narzędzie — co niewątpliwie stanowi pozytywną stronę przeprowadzonych badań — spełnia standardowe wymagania w zakresie walorów psychometrycznych. Posiada dobrą rzetelność (mimo znacząco mniejszej liczby pozycji przypadających na skalę) oraz spójny obraz w analizie czynnikowej (eksploracyjnej), to znaczy, że potwierdzono — z nielicznymi wyjątkami — układ czynników uzyskany w badaniu pilotażowym, a w przypadku wyjaśnionej wariancji dla większości skal jej poziom został zbliżony do progu 50%. Obniżono — w stosunku do wcześniejszej wersji —

interkorelacje między podskalami. Podskale wykazują umiarkowane i wysokie, pozytywne korelacje z konstruktami zbliżonymi teoretycznie do pojęcia zdrowia: optymizmem, poczuciem koherencji, stylem radzenia sobie skoncentrowanym na zadaniu, a negatywne — z dezorganizacją zachowania oraz zaabsorbowaniem lękowym, oceną sytuacji stresowej w kategoriach krzywda / strata i zagrożenie. Generalnie kierunki zależności były zgodne z oczekiwaniami.

Poważnym problemem jest ograniczona reprezentacja wyjściowej struktury narzędzia. W tym aspekcie niniejsze badania mogą być przykładem „pułapki psychometrycznej”. Autorzy narzędzia wykazali bowiem niezwykle energię w przygotowaniu wstępnej fazy tworzenia narzędzia — jakości i liczby generowanych pozycji testowych. Przeprowadzono specjalne badanie jakościowe, mające na celu rozszerzenie liczby kategorii pozycji testowych i uniknięcie błędu „egocentryzmu” w spojrzeniu na przedmiot pomiaru. Wystarczy powiedzieć, że w przedpilotażowej wersji wygenerowano łącznie 252 pozycje należące do 21 szczegółowych kategorii uzyskanych w badaniu jakościowym. „Jakościowo” zdrowie było więc reprezentowane niezwykle szeroko, z uwzględnieniem wielu mało typowych aspektów. Kolejne selekcje, najpierw oceny pozycji, później działania statystyczne ograniczały liczbę pozycji, a co za tym idzie — strukturę wyjściową, by ostatecznie sprowadzić całość do 25 pozycji reprezentujących 5 skal. Szczególnie widoczne jest to w przypadku skali 2.: „Dyskomfort psychiczny”, do której weszły ostatecznie tylko stwierdzenia o charakterze negatywnym — inne pozycje, jak się okazało, dużo gorzej (a może mniej spójnie) korelowały z otrzymanym czynnikiem.

Złożoność pojęcia „zdrowie” skutkuje trudnościami nie tylko z jego konceptualizacją, ale również operacjonalizacją. W efekcie dysponujemy pokazaną liczbą prac teoretycznych i empirycznych, w których podejmowane były próby opisu rozumienia zdrowia pozytywnego zarówno w perspektywie naukowej, jak i potocznej (BLAXTER, 1995; BOWLING, 1997; HESZEN, SĘK, 2007; HERZLICH, 1973, za: PUCHALSKI, 1990; SĘK, ŚCIGAŁA, PASIKOWSKI, BEISERT, BLEJA, 1992). Wiedza ta jednak nie przekłada się na znajomość struktury, a więc kategorii zdrowia, które by mogły być wykorzystane do pomiaru jego oceny. W konsekwencji — pomimo że wiadomo, jak ludzie potocznie zdrowie rozumieją, co jest dla nich ważne, gdy myślą o zdrowiu, i jak je wartościują — w badaniach najczęściej jest ono szacowane na podstawie ogólnej samooceny (*self-assessment of health*, *self-rated health*, *subjective health*, *global self-evaluation of health*). Może to być obciążone sporym ryzykiem błędu. Nie wiadomo bowiem, na jakich przesłankach bazują badani, dokonując tej samooceny. Czy jest ona spontaniczna czy też opiera się na trwałej reprezentacji własnego zdrowia? Czy człowiek dokonując tej oceny, koncentruje się na konkretnym wymiarze zdrowia (biologicznym, psychicznym lub społecz-



nym), czy też uwzględnia różne wymiary, uśredniając swoje szacunki? Jakie kryteria zdrowia bierze pod uwagę? Czy przy tej ocenie przeprowadza porównania — siebie z innymi czy swojego zdrowia obecnego ze swoim zdrowiem w przeszłości? To tylko niektóre z wątpliwości formułowanych pod adresem badań, w których analizowana jest ogólna samoocena zdrowia (BAILIS, SEGALL, CHIPPERFIELD, 2003; BARON-EPEL, KAPLAN, 2001; BLAXTER, 1995). Kwestionariusz Percepcji Zdrowia częściowo przewycięża zasygnalizowane tu wątpliwości, pozwalając na pomiar subiektywnej oceny zdrowia w szerszym zakresie, mimo że uzyskana struktura narzędzia została znacznie ograniczona w porównaniu z kategoriami uzyskanymi w badaniu jakościowym.

Nasuwa to pytanie bardziej ogólnej natury: Czy subiektywna ocena zdrowia w ogóle podlega pomiarowi ilościowemu? Psychologia zdrowia należy do tych dziedzin naukowych, w których eksperyment jest trudny do przeprowadzenia. Dominują więc badania retrospektywne czy *ex post facto* narzucające inne metody analizy statystycznej. Do takich metod należy popularne ostatnio SEM (Modelowanie Równań Strukturalnych), którego zastosowanie niejako zwrotnie (jeśli proces badawczy traktować hierarchicznie) oddziałuje nie tylko na dobór narzędzi (operacjonalizację), ale również na to, jakie pytanie badawcze wybieramy i jak je formułujemy. Zważywszy na to, proces tworzenia narzędzia w tym ujęciu nie kończy się przed pytaniem, ale jest kontynuowany w ramach określonego modelu badawczego testowanego za pomocą SEM. W SEM obecność narzędzia może być dwojaka: albo w formie wskaźnika, albo jako cecha latentna reprezentowana przez cały zespół wskaźników (w niektórych programach statystycznych wymogiem jest 3 lub więcej; por. JÖRESKOG, SÖRBOM, 1993). Te dwa podejścia odnośnie wprowadzania narzędzia do analizy statystycznej mogą drastycznie wpływać na jego kształt. Mało tego: to dopiero konkretne modelowanie jest w stanie rozstrzygnąć przydatność narzędzia do wyjaśniania konkretnego procesu i/lub ujawnić jego redundantność z innymi już wcześniej zoperacjonalizowanymi i zanalizowanymi konstruktami. W takim ujęciu granica między operacjonalizacją (zakończoną oceną walorów psychometrycznych) a właściwym modelowaniem jest płynna i słabo zaznaczona.

Dyskusyjne wydaje się zatem sprowadzanie pomiaru zdrowia subiektywnego do jednego wskaźnika ogólnego, wynikającego z sumowania poszczególnych skal Kwestionariusza Percepcji Zdrowia, gdyż czynniki mierzone przez te skale, w zależności od modelowania, mogą wchodzić ze sobą w różne relacje. Tym samym poprawniejsze wydaje się rozumienie subiektywnej oceny zdrowia, reprezentowanej przez 5 odrębnych treściowo kategorii jako pewnego modelu, który nie jest już sumą poszczególnych skal i który może różnie „pracować” w konkretnym modelowaniu równań strukturalnych.

## Bibliografia

- ANTONOVSKY A., 1995: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak sobie radzić ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.
- AVERILL J.R., MOORE T.A., 2005: *Szczęście*. W: LEWIS M., HAVILAND-JONES J.H., red.: *Psychologia emocji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- BAILS D.S., SEGALL A., CHIPPERFIELD J.G., 2003: Two views of self-rated general health status. *Social Science & Medicine*, 56, s. 203—217.
- BARON-EPEL O., KAPLAN G., 2001: General subjective health status or age-related subjective health status: does it make difference? *Social Science & Medicine*, 53, s. 1373—1381.
- BLAXTER M., 1995: *Health and lifestyles*. London: Tavistock/Routledge.
- BOWLING A., 1997: *Measuring health: A review of quality of life measurements scales*. Buckingham: Open University Press.
- BRZEZIŃSKI J., 1996: *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN.
- CHODKIEWICZ J., 2001: Rola zasobów osobistych w utrzymaniu abstynencji przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 14, s. 277—287.
- CZAPIŃSKI J., 2004: Psychologiczne teorie szczęścia. W: CZAPIŃSKI J., red.: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- CURTIS A., 1999: *Health Psychology*. Florence, KY: Routledge.
- EVANS D.R., KAZARIAN S.S., 2001: Health promotion, disease prevention and quality of life. In: KAZARIAN S.S., EVANS D.R., eds.: *Handbook of cultural health psychology*. Elsevier: Academic Press, 85—112.
- GEYER S., 1997: Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science and Medicine*, 12, s. 1771—1779.
- HABRAT E., 1997: Poczucie koherencji u osób z przebytym zespołem depresyjnym typu endogenego. *Psychoterapia*, 3, s. 73—79.
- HELGESON V.S., 2003: Cognitive adaptation, psychological adjustment, and disease progression among angioplasty patients: 4 year later. *Health Psychology*, 22 (1), s. 30—38.
- HESZEN-NIEJODEK I., 1998: Rozwój i perspektywy psychologii zdrowia. *Acta Universitatis Palackianae. Olomucensis Facultas Philosophia. Psychologica*, 32, s. 47—63.
- HESZEN-NIEJODEK I., 2004: Iluzoryczność założeń kwestionariuszy samoopisowych. W: FAJKOWSKA-STANIK M., DRAT-RUSZCZAK K., MARSZAŁ-WIŚNIEWSKA M., red.: *Pułapki metodologiczne w badaniach empirycznych z zakresu psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Academica SWPS.
- HESZEN I., 2005: Zmienność wymiarów zdrowia na przestrzeni życia człowieka. W: KUBACKA-JASIECKA D., OSTROWSKI T.M., red.: *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- HESZEN I., SĘK H., 2007: *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- HORNOWSKA E., 2001: *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Scholar.
- JUCZYŃSKI Z., 1997: Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia*, 1, s. 3—10.
- JUCZYŃSKI Z., 1999: Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. *Przegląd Psychologiczny*, 42, 4, s. 43—56.
- JUCZYŃSKI Z., 2000: Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: WALDEN-GAŁUSZKO DE K., red.: *Psychoonkologia*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, s. 23—43.
- JUCZYŃSKI Z., 2001: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: PTP.

- JÖRESKOG SÖRBOM D., 1993: *LISREL 8 — User's Reference Guide*. Chicago: Scientific Software International.
- KOFTA M., DOLIŃSKI D., 2000: Poznawcze podejście do osobowości. W: STREALAU J., red.: *Psychologia. Podręcznik akademicki. Psychologia ogólna*. T. 2. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- KOSIŃSKA-DEC K., JELONKIEWICZ I., 2003: Zasoby osobiste i rodzinne dorastających a ich zdrowie. W: JUCZYŃSKI Z., OGIŃSKA-BULIK N., red.: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- KROEMEKE A., MATEUSIAK J., 2006: Poczucie koherencji a symptomy depresyjne u kobiet w okresie okołoporodowym. *Psychologia Jakości Życia*, 1, s. 83—100.
- KROHNE H.W., 1993: Vigilance and Cognitive Avoidance as Concepts in Coping Research. In: KROHNE H.W., ed.: *Attention and Avoidance. Strategies in Coping with Aversiveness*. Toronto: Gottingen, Hogrefe & Hubner.
- KROHNE H.W., 1996: Individual Differences in Coping. In: ZEIDNER M., ENDLER N.S., eds.: *Handbook of Coping. Theory, Research, Application*. New York, Wiley.
- KRÓL G., WIECZORKOWSKA G., 2004: Budowanie wskaźników za pomocą analizy czynnikowej. W: BRZEZIŃSKI J., red.: *Metodologia badań psychologicznych. Wybór tekstów*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- ŁUSZCZYŃSKA-CIEŚLAK A., 2001: Trudności dotyczące badań nad poczuciem koherencji. W: SĘK H., PASIKOWSKI T., red.: *Zdrowie, stres, zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- MAKOWSKA H., POPRAWA R., 2001: Radzenie sobie w procesie budowania zdrowia. W: DOLIŃSKA-ZYGMUNT G., red.: *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- MELLIBRUDA J., 2002: Psychoterapia uzależnienia od alkoholu. Podejście strategiczno-strukturalne. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 4 (25), s. 6—14.
- MELLIBRUDA J., SOBOLEWSKA-MELLIBRUDA Z., 2006: *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, PTP.
- MROZIAK B., CZABAŁA J.Cz., WÓJTOWICZ S., 1997: Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska*, 3, s. 257—268.
- MROZIAK B., WORONOWICZ B.T., WÓJTOWICZ S., 1999: Zmiany poczucia koherencji i stylu radzenia sobie ze stresem po podstawowym programie psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 2, s. 225—236.
- OGIŃSKA-BULIK N., 2003: Zasoby osobiste chroniące funkcjonariuszy policji przed negatywnymi skutkami stresu zawodowego. W: JUCZYŃSKI Z., OGIŃSKA-BULIK N., red.: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- OSTROWSKA A., 1999: *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- PUCHALSKI K., 1990: Kryteria zdrowia i choroby. W: GNIAZDOWSKI A., red.: *Zachowania zdrowotne*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- PUCHALSKI K., 1996: Kryteria zdrowia w świadomości potocznej. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1—2, s. 53—69.
- RODRIGUE J., BEHEN J., TUMLIN T., 1994: Multidimensional determinants of psychological adjustment to cancer. *Psychooncology*, 3, s. 205—214.
- ROSTOCKI W.A., 1992: *Bezradny respondent. Trudność pytań w wywiadzie kwestionariuszowym*. Łódź: ISUL.
- SCHNOLL R., HARLOW L., STOLBACH L., BRANDT U., 1998: A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology*, 7, s. 69—77.

- SELIGMAN M.E.P., 2005: *Prawdziwe szczęście*. Poznań, Wydawnictwo Media Rodzina.
- SĘK H., 1997: Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia. W: RATAJCZAK Z., HESZEN-NIEJODEK I., red.: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- SĘK H., PASIKOWSKI T., 2001: Stres życiowy studentów — poczucie koherencji i mechanizmy radzenia sobie. Badania porównawcze i podłużne. W: SĘK H., PASIKOWSKI T., red.: *Zdrowie, stres, zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- SĘK H., PASIKOWSKI T., 2003: Proaktywne radzenie sobie ze stresem życiowym a subiektywne wskaźniki zdrowia. *Studia Psychologiczne*, 41 (4), s. 105—126.
- SĘK H., ŚCIGAŁA I., PASIKOWSKI T., BEISERT M., BLEJA A., 1992: Subjective health concepts. Some personal and societal determinants. W: SĘK H., ed.: *Readings in Health & Preventive Psychology*. Poznań: K. Domke Publishing House.
- SŁOŃSKA Z., 1994: Promocja zdrowia — zarys problematyki. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1—2, s. 37—52.
- SŁOŃSKA Z., MISIUNIA M., 1993: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa: Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii.
- SOKOŁOWSKA M., 1986: *Socjologia medycyny*. Warszawa: PZWL.
- STRÜMPFER D.J.W., GOUWS J.F., VIVIERS M.R., 1998: Antonovsky's Sense of Coherence Scale related to negative and positive affectivity. *European Journal of Personality*, 12, s. 457—480.
- TRZEBIŃSKA E., 2008: *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- WŁODARCZYK D., 2004: Ocena stresu a wybrane obszary psychologicznego funkcjonowania chorych po zawale serca. W: WRZEŚNIEWSKI K., WŁODARCZYK D., red.: *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- WRZEŚNIEWSKI K., ŁUSZCZYŃSKA-CIEŚLAK A., WŁODARCZYK D., 2001: Poczucie koherencji a zmiany emocjonalne u chorych poddanych rehabilitacji po zawale serca. W: SĘK H., PASIKOWSKI T., red.: *Zdrowie, stres, zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- ZAKRZEWSKA M., 1994: *Analiza czynnikowa w badaniu i sprawdzaniu modeli psychologicznych*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.